Ueber das

Verhalten des Körpergewichtes

bei Geisteskranken.

Inaugural-Dissertation

nach der

am 21. Juli 1870 erfolgten

Promotion

zum

Doctor der Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

der

hochlöblichen medicinischen Facultät

zu Marburg

eingereicht

von

Bernhard Stiff

aus Luxenburg.

MARBURG.

Druck von C. L. Pfeil.

1872.

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554412_0203

Unter all den zahlreichen Wechselbeziehungen zwischen Seele und Organismus sind nicht am wenigsten bemerkenswerth die in ihren Ursachen und zumal in der Art und Weise ihrer Wirkungen noch immer dunkeln Einflüsse, welche die psychischen und die vegetativen Processe auf ihren Ablauf gegenseitig ausüben. Für die wirkliche Existenz einer grossen Abhängigkeit des Seelenlebens von den körperlichen Funktionen vermag wohl Jedermann bei genauer Beobachtung an sich selbst Beweise zu finden; wer aber dann noch daran zweifeln sollte, den wird der innige Zusammenhang überzeugen müssen, welcher bei Gemüths- und Geisteskranken zwischen den Schwankungen ihrer Ernährung und denen ihres Seelenleidens besteht. Ein zehnmonatlicher Aufenthalt als Assistent in der Heilanstalt für Gemüths- und Nervenkranke des Hrn. Sanitätsrath Dr. Erlenmeyer in Bendorf bei Coblenz, sowie das mir bereitwilligst zur Disposition gestellte reiche Material, welches seit Errichtung der Anstalt sich angesammelt hatte, boten mir Gelegenheit, gerade diesen Verhältnissen meine Aufmerksamkeit zuzuwenden, und lege ich in Folgendem die Resultate meiner Beobachtungen nieder. Zugleich benutze ich die Gelegenheit, um Herrn Dr.

Erlenmeyer für seine gütige Anleitung nochmals meinen Dank auszusprechen.

Einzelne dieser Ergebnisse sind zwar schon vor Jahren von Dr. Erlenmeyer im „Correspondenzblatt“ und dem „Archiv für Psychiatrie“ publicirt worden, welche ich aber doch nochmals anführe, theils des Zusammenhangs wegen, theils, weil dieselben, damals nur auf ein kleines Material gestützt, jetzt durch Benutzung eines grössern ihre Bestätigung finden.

Wie schon beim geistesgesunden Menschen die Ursachen solcher Modificationen seiner Gemüthsstimmung, für die keine psychische Veranlassung vorliegt, hauptsächlich in Störungen seiner Verdauungsorgane zu finden sind, so tragen letztere auch beim Irren in erster Linie an den Exacerbationen seiner Seelenstörung Schuld, mag nun unter der durch Verdauungsstörung gesetzten Verschlechterung der Ernährung auch das Centralnervensystem leiden, oder mögen die gestörten Funktionen des Unterleibs auch die Gemeingefühle modificiren, welche ja anerkanntermassen einen gewaltigen Einfluss auf die Gemüthsstimmung ausüben, oder mögen schliesslich dieselben dem Irredenken seine Richtung anweisen, z. B. zu Vergiftungswahn Anlass geben. Zu Zeiten, wann in einer Anstalt den Irren Gelegenheit zu Diätfehlern gegeben ist, etwa wenn sie sich zu Weihnachten an den geschenkten Süssigkeiten den Magen verderben, kann man wahre Endemien von Exacerbationen bemerken. Als Beweis, wie gerade Verdauungsstörungen an den Verschlimmerungen Schuld tragen, will ich hier bloss die Thatsache anführen, dass bei allen Patienten, welche während der Zeit meines Aufenthaltes in Bendorf wegen tobsüchtiger Anfälle, Fluchtversuche u. dgl. von der Ackerbaucolonie in die Centralanstalt transferirt werden mussten, ein Magencatarrh als Ursache sich nachweisen liess. Sonstige Beispiele hiefür finden

sich auch in den Krankengeschichten, welche ich im Verlaufe dieses Aufsatzes anführen werde.

Da jede Veränderung im Stande der Ernährung mit nur wenigen Ausnahmen ihren genauen Ausdruck im Betrage des Körpergewichts findet, so muss auch zwischen den Veränderungen der psychischen Processe und dem Körpergewichte der Irren ein Zusammenhang sich nachweisen lassen. In wie weit dies in Wirklichkeit der Fall ist, will ich in Folgendem darzulegen suchen. Noch seien mir einige Vorbemerkungen gestattet: Die genaue Bestimmung des Körpergewichts ist mit einigen Fehlerquellen verbunden, welche sich nicht leicht eliminiren lassen; zum Beispiel die Nothwendigkeit, die Kleidung mitwiegen zu müssen. Um die darsus resultirenden Ungenauigkeiten der Gewichtszahlen wenigstens einigermassen auf demselben Betrage zu erhalten, war in der Anstalt die Anordnung getroffen, alle Patienten in Intervallen von einer Woche unmittelbar nach dem Mittagsmahle und möglichst in derselben Kleidung zu wiegen. So fallen, wenn man bloss von einer und derselben Person die Gewichtsschwankungen untereinander vergleicht, die Differenzen zwischen den jedesmaligen Ungenauigkeiten bei den oft enormen Schwankungen des Gewichts kaum in die Wagschale. Störender schon sind die Fehler beim Vergleiche des Gewichtes verschiedener Personen untereinander. Dazu haftet einem solchen Vergleiche noch ein anderer Mangel an. Es ist dies die Unkenntniss des Normalgewichts, welches einer bestimmten Person in einem bestimmten Alter zukommt. Für wohlproportionirte Personen liessen sich am Ende schon genaue Mittelwerthe feststellen, wie sie je nach Alter, Grösse und Geschlecht variiren. Aber eine ganze Reihe von Personen ist eben nicht proportional gebaut; man findet grosse Personen von sehr schmächtigem und kleine von sehr gedrungenem Körperbau. Trotzdem construirte

ich mir, um wenigstens einen Anhaltspunkt zu haben, nach den Angaben über Wuchs und Körpergewicht, die ich in Vierordt's „Grundriss der Physiologie“ fand, eine Tabelle, welche beim Vergleiche mit dem Gewichte gesunder, gutgebauter Individuen eine ziemliche Uebereinstimmung zeigte.

Auch bei nur oberflächlichem Durchlesen aller mir vorliegenden Krankengeschichten mit dem Blicke auf die zugehörigen Gewichtscurven, stellte sich schon im Grossen und Ganzen heraus, dass in Wirklichkeit ein unverkennbarer Zusammenhang der Veränderungen im Seelenleben mit den Schwankungen des Körpergewichts besteht. Und zwar zeigte dieser Zusammenhang in der grössten Mehrzahl der Fälle sich ganz auffallend, zumal in allen acuten, und auch in dem grössern Theile der chronischen Geistesstörungen.

Ferner stellte sich heraus, dass die Höhe, um welche das Körpergewicht bei Irren seinen normalen Stand verlassen kann, nicht bloss als das reine Ergebniss des somatischen Befindens anzusehen ist, sondern dass auch psychische Momente theils direkt, theils indirekt darauf von Einfluss sein können. So schon hinsichtlich der Quantität der Nahrungszufuhr. Bei unzureichender Nahrung muss der Organismus das Fehlende auf eigne Kosten zusetzen, und das Körpergewicht nimmt ab; wie dies bei der so häufigen Nahrungsverweigerung Seelengestörter der Fall ist. Die Nahrungsverweigerung selbst aber kann ebensowohl aus rein psychischen wie aus rein somatischen Motiven hervorgehen; in den meisten Fällen sind freilich Motive beiderlei Gattung im Spiele. Und selbst bei Anwendung der gewaltsamen Fütterung gelingt es nur selten, den ganzen Verbrauch zu decken, am meisten noch bei

der durch rein psychische Ursachen, Wahnideen oder Hallucinationen veranlassten Nahrungsverweigerung. Hier kann sogar bisweilen eine Steigerung des Körpergewichtes erzielt werden, wie dies Dr. Erlenmeyer schon vor einer Reihe von Jahren nachgewiesen hat. Ich führe daher hier bloss den bezeichnensten Fall, den ich gefunden an:

(1. Krankengeschichte). A. F., ein 17 jähriges Mädchen, litt seit einem Jahre an Melancholie und wurde schliesslich wegen unüberwindlicher Nahrungsverweigerung in die Anstalt gebracht. Keinerlei somatische Ursache derselben liess sich nachweisen, wie ausdrücklich hervorgehoben wird; hingegen trugen vorhandene Hallucinationen mit höchster Wahrscheinlichkeit Schuld daran. Unter energischer Anwendung der Fütterung mittelst Schlundsonde stieg ihr Gewicht in 4 Wochen von 95 auf 108 Pfd., worauf sie wieder freiwillig Nahrung zu sich nahm. Bei einer Grösse von 5 Fuss hatte sie also in der kurzen Zeit den grossen Betrag von 0,22 Pfd. auf den Zoll zugenommen.

Veränderungen in der Verdauung und der Resorption bewirken auch wieder Veränderungen in der Quantität des Gesammtstoffwechsels; Störungen in den Funktionen des Verdauungsapparates können aber nicht bloss aus somatischen, sondern anerkanntermassen auch aus psychischen Ursachen hervorgegangen sein. Ebenso ist ein Einfluss der letztern auf die Grösse des Stoffumsatzes im Körper unverkennbar; bei der bedeutenden Muskelbewegung zum Beispiel, welche in den Aufregungszuständen sich einstellt, wird entschieden mehr Stoff umgesetzt, als in den Zeiten der Ruhe, und je weniger diese vermehrte Ausgabe durch gesteigerte Stoffzufuhr ausgeglichen wird, desto mehr muss das Körpergewicht sinken. Uebrigens wirken all die erwähnten somatischen und psychischen Momente selten jeder für sich allein, sondern manigfach untereinander verbunden, so dass in der grössten Anzahl der Fälle die Sichtung, welche Momente ursächlich zu Grunde liegen, nicht allzuleicht ist, viel schwerer aber noch zu bestimmen, welches Maass von Einfluss gerade jedem einzelnen darunter zukomme.

Ich gedenke in dieser Abhandlung mit Ausscheidung der auf organischer Hirnerkrankung beruhenden und unter den Symptomen der progressiven Paralyse verlaufenden Formen von Irresein bloss diejenigen hinsichtlich der Verhältnisse, welche zwischen den Störungen der psychischen Funktionen und dem Körpergewichte bestehen, zu betrachten, die Symptome einer consensuellen oder einer idiopathischen Erkrankung des Centralnervensystems sind. Sie folgen unbeschadet, welcher Art die zu Grunde liegenden somatischen Störungen seien, im Wesentlichen und mit nur wenigen Ausnahmen gleichen Gesetzen, und zwar gruppiren sich wieder bezüglich der Art und Weise ihres Zusammenhangs mit dem Körpergewicht die sensitiven Anomalien und die des Gemüths, das sogenannte „Irrefühlen“ zusammen gegenüber den Anomalien der Intelligenz, dem „Irredenken“. Für erstere werden, wie man schon a priori annehmen kann, die Gesetze am deutlichsten und reinsten zu eruiren sein bei denjenigen Geistesstörungen, in deren Verlauf die verschiedenen Phasen von Besserung oder Verschlimmerung der Gemüthsverstimmung nicht allmälig, fast verwischt in einander übergehen, sondern bei denen eine relativ geringe Störung binnen kurzer Frist in eine relativ grosse überspringt, wie dies bei den periodischen Formen in ganz exquisitem Maasse der Fall ist. Vergleiche ich daher in den beiden folgenden Krankengeschichten den periodischen Verlauf mit den zugehörigen Gewichtscurven:

(2. Krankengeschichte. Curve I). M. H., 48 Jahre alt, $5'10^1/_2''$ gross, wurde November 18—7 in einem heftigen maniakalischen Anfall der Anstalt überliefert. Das Einzige, was die Anamnese ergab, war, dass Patient Potator wäre. Bald nach seiner Ankunft wurde die Aufregung schon geringer und legte sich nach und nach vollständig. Patient nahm in 4 Monaten seit seiner Ankunft 22 Pfd. an Körpergewicht zu. Er war ganz ruhig und arbeitsam, zeigte auch ein ziemlich klares Urtheil über seinen Zustand. Er wäre entlassen worden, wenn man nicht

hätte befürchten müssen, dass die Rückkehr in seine dürftigen Verhältnisse das sicher bevorstehende Recidiv in kürzester Frist herbeiziehen würde. In der Anstalt erfolgte ein sehr heftiger Rückfall im Gefolge eines Magencatarrhs August 18—8. Das Gewicht sank in 3 Monaten um 21 Pfd. Erst als es sich wieder hob, ward Patient ruhiger, und stellte sich die Klarheit seines Geistes wieder her. Das Körpergewicht stieg rapide, in einem Monat um 19 Pfd. Darnach wurde Patient auf die Ackerbaucolonie versetzt, wo er sich denn auch bis Juni 18—0 gut verhielt. Im Juli nachdem im vorhergehenden Monat bereits Vorboten vorausgegangen waren, brach wieder durch einen Magencatarrh veranlasst, ein heftiger Anfall aus. Das Gewicht, welches schon während der Vorboten gesunken war, fiel plötzlich in einem Monat um 15 Pfd. ab. Mit der sich wieder hebenden Ernährung schwand auch die Aufregung. Das Gewicht hob sich in den folgenden 6 Monaten um 33 Pfd. Anfangs März 18—1 konnte Patient wieder auf die Colonie versetzt werden, aber schon nach 14 Tagen ward er von fieberhaftem Magencatarrh und grosser maniakalischer Aufregung befallen. Unter Anwendung geeigneter Medikamente und Diät sistirte der Magencatarrh bald und mit ihm die Aufregung. Das inzwischen um 12 Pfd. gesunkene Körpergewicht begann wieder zu steigen.

(3. Krankengeschichte. Curve II). A. B., 30 Jahre alt, 5′ $10^1/_2$″ gross, vor Eintritt der Krankheit 165 Pfd. schwer, stammt aus einer Familie, deren Mitglieder meist an Phthisis leiden, oder daran zu Grunde gegangen sind. Er selbst zeigt keine Erscheinungen davon. Sechs Wochen vor seinem Eintritt in die Anstalt befiel ihn eine von vorneherein intermittirend auftretende Seelenstörung, deren Beobachtung in der Anstalt folgendes Ergebniss lieferte: Patient wird in unregelmässigen Zwischenräumen von gewaltiger melancholischer Aufregung ergriffen. Anfälle der heftigsten Präcordialangst, Hallucinationen und Illusionen aller Sinne stellen sich ein; dazu die manigfachsten Wahnideen. Die Dauer der Anfälle ist verschieden. Ebenso wie der Anfall schnell hereinbricht, nimmt auch der Uebergang zur Besserung von der tiefsten Gemüthserschütterung bis zur Gemüthsruhe nur kurze Zeit, kaum 2 Tage in Anspruch. Die Hallucinationen und Illusionen schwinden gleichfalls vollständig. Von den Wahnvorstellungen bleiben nur macherlei Residuen übrig, hauptsächlich persistirt aber eine vollkommene Einsichtslosigkeit in seinen Zustand die ganzen freien Intervalle hindurch. Somatisch ist noch zu bemerken, dass jedem Anfall hartnäckige Stuhlverstopfung vorausgeht und im Anfall die Nahrungsaufnahme etwas vermindert ist. Zwischen den Anfällen ist der Appetit sehr gut.

Erst in den letzten Monaten seines Aufenthaltes konnte das Gewicht bestimmt werden und war das Verhältniss seiner Oscillationen zu den Anfällen folgendes:

Am 12. März stand das Körpergewicht des Patienten auf 142 Pfd.

Anfall vom 15. Febr. — 16. März.

Im freien Intervall steigt das	Gewicht	+ 8 Pfd.
Anfall vom 6. — 16. April.	„	— 6 „
Im freien Intervall	„	+17 „
Anfall vom 2. — 12. Mai	„	— 19 „
Im freien Intervall	„	+ 7 „
Anfall vom 20. Mai — 4. Juni	„	— 9 „

Patient bleibt noch 2 Monate in der Anstalt, ohne dass ein neuer Anfall eintritt. Das Gewicht hob sich in diesen zwei Monaten um . . . . . Gewicht + 28 Pfd.

und erreichte Patient somit fast genau sein Körpergewicht vor Beginn der Krankheit: 168 Pfd. Die Einsichtslosigkeit in seinen Zustand persistirte noch bei der Entlassung. Leider ist keine Nachricht über das fernere Befinden des Kranken zur Kenntniss gelangt.

Die Congruenz des Verlaufes der Geistesstörung in diesen beiden Fällen und ihren Gewichtscurven ist ganz evident; ich hätte auch jeden andern Fall einfach periodischen Irreseins wählen können, — sie zeigen alle dieselben Verhältnisse.

Einerlei ob die Gemüthsstörung melancholischer oder maniakalischer Natur ist, bricht gleichzeitig mit dem Sinken des Gewichtes der Anfall aus, und so lange jenes im Sinken beharrt, halten auch Gemüthsverstimmung und Sinnestäuschungen ohne Nachlass an, erreichen vielmehr immer höhere Grade. Fängt das Körpergewicht an sich wieder zu heben, so bessern sich auch die Anomalien des Gemüths und der Sinnesempfindungen. Das steigende Körpergewicht hat ehe ein neuer Insult den folgender Anfall auslöst, entweder seine normale Höhe noch nicht erreicht, oder dies ist der Fall gewesen, und ist es auf dieser Normalhöhe in leichten, physiologischen Oscillationen weiter geschritten.

So lange bei einem Geisteskranken überhaupt noch sensitive Anomalien und solche des Gemüths vorhanden sind, bleibt das qualitative Verhalten zwischen ihnen und dem Körpergewichte gleich, welches auch der Zustand der Intelligenz sei, mag diese voller falscher Ideen oder geschwächt sein. Als Beleg für letzteres diene folgender Fall von dementia mit periodischer Aufregung:

(4. Krankengeschichte. Curve III). S. M., etwa 68 Jahre alt, ist schon seit 35 Jahre geisteskrank, bereits in einer ganzen Reihe von Kaltwasseranstalten und Irrenhäusern in Behandlung gewesen, schon längst interdicirt. Patient ist schwachsinnig, benimmt sich ganz ruhig und ordentlich. Von Zeit zu Zeit jedoch wird er von sehr heftiger Aufregung erfasst, er tobt, zerschlägt was ihm in die Hände fällt, wird gegen seine Umgebung thätlich, macht Selbstmord- und Fluchtversuche; starke Gehörstäuschungen und allerlei Wahnideen tauchen auf. Dieser Zustand hält mit einer heftiger werdenden Symptomen verschieden lange Zeit von 1 bis zu 5 Monaten an. Die Gemüthserregung legt sich dann wieder nach und nach, die Gehörstäuschungen werden immer undeutlicher, bis sie gänzlich verschwinden. Die freien Intervalle dauern gleichfalls verschieden lange von 2 Monaten bis zu $1^1/_2$ Jahren. Auch in diesem Falle correspondiren die Oscillationen der Gewichtscurve ganz auffallend mit dem Verlaufe der Krankheit. Zugleich mit sinkendem Körpergewicht treten Aufregung und Hallucinationen ein; sie lassen in ihrer Heftigkeit erst nach, sobald die Ernährung sich wieder hebt. Die Schwankungen, welchen in diesem Falle das Körpergewicht unterliegt, sind ganz enorm. Hinsichtlich derselben verweise ich auf die zugehörende Curve III.

Die Anfälle dauerten:

von	November	18 — 1	bis	März	18 — 2
„	1. Mai	18 — 2	„	Ende August	18 — 2
„	November	18 — 2	„	19. April	18 — 3
„	Anfang August	18 — 3	„	24. Oktober	18 — 3
„	5. Januar	18 — 4	„	Anfang Februar	18 — 4
„	Anfang Juli	18 — 4	„	Anfang November	18 — 4
„	6. Mai	18 — 6	„	10. September	18 — 6
„	Anfang Juli	18 — 7	„	17. November	18 — 7
„	Anfang August	18 — 8	„	Oktober	18 — 8
„	8. Mai	18 — 9	„	Anfang August	18 — 9
„	Dezember	18 — 9	„	zur Entlassung des Patienten.	

Das Gesetz, dass die Art der Gemüthsverstimmung das Verhalten der letztern zum Körpergewichte nicht alterirt, dass ebensowohl der Eintritt der melancholischen wie der maniakalischen Verstimmung mit Sinken des Körpergewichts einhergeht, und umgekehrt, besteht in den meisten Fällen zu Rechte. Nur eine Form von Irresein macht davon eine bemerkenswerthe Ausnahme, und zwar diejenige, in welcher die beiden Arten von Gemüthsverstimmung regelmässig alterniren, die sogenannte folie circulaire. Ein exquisites Beispiel dieser Form und des bei ihr statthabenden Verhaltens des Körpergewichts bietet folgender Fall.

(5. Krankengeschichte. Curve IV). M. N., 65 Jahre alt, 4′ 9½″ gross, war schon durch Geburt zu Geistestörungen disponirt; ausser ihrer Mutter sind auch noch zwei Schwestern irrsinnig gewesen. Sie führte in ihrer Jugend einen recht abenteuerlichen Lebenswandel, mag auch in sexueller Hinsicht nicht die festesten Grundsätze gehabt haben. Schon vor ihrem 20. Jahre war sie mehrmals psychisch gestört gewesen, ebenso nach ihrem ersten Wochenbette, während sie die spätern Geburten ohne Rückfall überstand. Seit dem Tode ihres Mannes, welchen sie während seiner Krankheit liebevoll gepflegt hatte, scheint sie niemals mehr recht geistesgesund gewesen zu sein. Perioden von Exaltation und Depression wechselten etwa halbjährlich mit einander ab. Erst nach einer Reihe von Jahren kam sie in die Anstalt und zwar gerade in der Zeit, als die Melancholie, welche zu Hause bestanden hatte, im Begriffe war, in die nachfolgende Exaltation überzugehen, einer Zeit, in der sie die traurige Verstimmung und die daran sich knüpfenden Wahnideen schon abgestreift, aber noch nicht die richtige Einsicht in dieselben erlangt hatte, während von der andern Seite bereits die ersten Anzeichen der heitern Verstimmung sich einstellten. Bald hatte sich letztere vollkommen ausgebildet, hielt über ein Jahr lang an und ging dann wiederum allmälig in Depression über. Doch wurde Patientin entlassen ehe letztere einen heftigern Grad angenommen hatte. Vier Jahre später kam Patientin wieder in die Anstalt und zwar im Stadium der heitern Verstimmung. Das Verhalten ihres Körpergewichtes von da an ist in der beigefügten Curve dargelegt. Im Juni 18 — 7 stellte sich ein Magencatharrh ein, der auf das ganze Verhalten der Kranken einwirkte. Sie lag einige Tage zu Bette, wurde ruhiger und ordentlicher. Die colossale Ideenflucht und unnatürliche Heiterkeit waren verschwunden, hingegen griff nach und nach eine tief deprimirte Stimmung Platz.

Patientin sah nach Ablauf des Catarrhs sehr schlecht aus. Während ihres Aufenthaltes in der Anstalt erneute sich der Wechsel zwischen Exaltation und Depression mehrmals. Im Stadium der Exaltation war sie immer heiter, schmiedete trotz ihres hohen Alters für sich wie für ihre Umgebung Heirathspläne, war putzsüchtig und eitel. Sie sprach immer von ihren grossen Reichthümern, schaffte allerlei Unnöthiges an, und wie sie schon zu Hause von einer wahren „Ziehwuth" befallen jeden Augenblick eine andere Wohnung miethete, so drängte sie in der Anstalt sehr, bald dieses bald jenes Zimmer beziehen zu dürfen. Dabei zeigte sie sich zanksüchtig, konnte mit Niemanden sich vertragen. Endlich begann die Aufregung nachzulassen, sie wurde ganz ordentlich, arbeitete recht fleissig und vertrug sich mit ihrer Umgebung. Doch die Ruhe dauerte nie lange. Immer verstimmter und ängstlicher wurde sie, glaubte verhungern zu müssen, ihr Geld reiche ihr nicht aus. Oft sprach sie von Selbstmord, suchte Schutz bei Andern vor drohenden Gefahren.

An somatischen Störungen ergab die Untersuchung das Vorhandensein von einer Insufficienz der Aortenklappen, von Struma, Plethora und von öftern Digestionsstörungen.

Zum Vergleiche der Gewichtscurve mit dem Wechsel zwischen Exaltation und Depression habe ich den Verlauf der letztern ebenfalls in einer Curve unter der andern darzustellen gesucht, und bedeutet die Höhe des Wellenberges das Stadium der heitern, die Tiefe des Wellenthales das Stadium der melancholischen Verstimmung, während die sie verbindenden Linien die Zeiten des Uebergangs der einen Verstimmung in die andre, den Aequator so zu sagen, darstellen; und zwar sind diese Verbindungslinien um so mehr geneigt, je langsamer der Uebergang statt hatte. Beim Vergleiche dieser beiden Curven miteinander, ergiebt sich, dass der Uebergang aus dem Stadium der Exaltation in das der Depression mit sinkendem, und umgekehrt der Uebergang aus dem Stadium der Depression in das der Exaltation mit steigendem Körpergewicht einhergeht. Der Aequator, zur Zeit, wann die Symptome der im Schwinden begriffenen Verstimmung und die der sich nähernden einander aufheben und so ein ziemlich, ja

ganz normales Verhalten des Gemüths bedingen, entspricht dem mittlern Stande des Körpergewichts. Beim höchsten Stande des letztern ist die Exaltation, beim tiefsten die Depression in voller Blüthe. Die Richtigkeit gerade des letzten Satzes tritt übrigens viel deutlicher, als es bei obiger Krankengeschichte der Fall ist, da hervor, wo die verschiedenen Phasen nicht in so kurzen Zwischenräumen miteinander wechseln, sondern wo jede Periode mehrere Monate andauert. Bei einer andern Patientin zum Beispiel behielt das Gewicht während des jedesmal mehrere Monate dauernden Depressionsstadium einen mittlern Stand von 90 Pfd. bei. Im Stadium der Exaltation hielt sich gleichfalls das Gewicht anhaltend auf derselben Höhe, und zwar betrug das Durchschnittsgewicht beim ersten Auftreten 98 Pfd., bei der etwa nach einem Jahre erfolgten Wiederkehr 102 Pfd.

Alle Fälle wohlcharakterisirter folie circulaire in meiner Zusammenstellung ergeben ohne Ausnahme die dargelegten Verhältnisse. Und gerade dieses constante Verhalten des Körpergewichts weist die Berechtigung nach, die folie circulaire als eine besondere Form von Irresein aufzustellen und sie von andern zu unterscheiden, welche manchmal als folie circulaire imponiren können, ohne in Wirklichkeit auf diese Bezeichnung Anspruch machen zu dürfen. So pflegte bei einem Patienten auf eine Periode gewaltiger Aufregung die mit sinkendem Körpergewichte einherging, eine Zeit ruhiger melancholischer Verstimmung Platz zu greifen, wobei das Körpergewicht zunahm. Die Melancholie ging nach und nach in ziemlich normales Verhalten des Gemüths über; das steigende Körpergewicht erreichte allmälig eine bestimmte Höhe, auf der es so lange verblieb bis es bei einem neu auftretenden Anfalle von Aufregung wieder abfiel. Dieser Rhythmus wiederholte sich in gleicher Weise mehrmals, und machte ziemlich den

Eindruck einer folie circulaire. Allein die genauere Betrachtung ergab, dass die Aufregung nicht maniakalischer, auf erhöhtem Selbstgefühle beruhender Natur war, vielmehr einen melancholischen Charakter trug; demnach war also die der Aufregung folgende stille Melancholie als Besserung, als Uebergang zur Gemüthsruhe zu betrachten, woher denn auch die zu gleicher Zeit vorhandene Zunahme des Körpergewichtes ihre Erklärung findet. Ferner musste der Bezeichnung dieser Krankheitsform als folie circulaire schon der Umstand widersprechen, dass zwischen der Zeit der Aufregung und der stillen Melancholie kein Aequator, kein ziemlich normales Verhalten des Gemüths lag, wie dies doch für die folie circulaire charakteristisch ist.

Dieselben Gesetze, welche sich bei den nicht in die Categorie der folie circulaire zu stellenden periodischen Geistesstörungen hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Veränderung in Gemüthsstimmung und Sinnesempfindung und den Schwankungen des Gewichtes herausstellen, herrschen im Wesentlichen auch bei den Formen von Irresein, deren Verlauf nicht intermittirend ist, natürlich nur da, wo das Gemüth noch nicht völlig erstorben ist. Im acuten Stadium der Seelenstörungen, in welchem Exacerbationen und Remissionen meist in schneller und ausgiebiger Weise alterniren, treten die Verhältnisse am klarsten zu Tage, sehr oft auch noch, wenn die Krankheit chronisch geworden. Die Gesetze sind hier:

1) Bei sinkendem Körpergewicht exacerbirt die Gemüthsverstimmung, einerlei ob sie melancholischer oder maniakalischer Natur ist.

Ich will nicht für jede einzelne Form von Gemüthsverstimmung die Symptome der Verschlimmerung näher ausführen, und bloss bemerken, dass alle Selbstmordversuche der Kranken in meiner Zusammenstellung, welche

aus melancholischen Motiven entsprangen, ohne Ausnahme zu einer Zeit in Scene gesetzt wurden, in der das Gewicht der Patienten im Sinken begriffen war.

2) Bei steigendem Körpergewicht lässt die Heftigkeit der Symptome allmälig nach, und gleicht sich die Gemüthsverstimmung entweder vollkommen aus, oder erreicht wenigstens einen niederen Grad. Alle Heilungen sonder Ausnahme gehen mit steigendem Gewichte einher, wie dies später ausführlicher dargethan wird.

3) Wenn eine Form von Gemüthsverstimmung in die entgegengesetzte umschlägt, so ist das Verhalten folgendes: Es nimmt zum Beispiel die deprimirte Stimmung immer mehr ab, Patient wird heiterer, gesprächiger, gewinnt Interesse an seiner Umgebung; gleichen Schritts nimmt auch sein körperliches Wohlbefinden zu. Schon hofft man, dass die Heilung im Gange sei. Das Körpergewicht beginnt wieder zu fallen und man hält vielleicht noch immer die Heiterkeit für keine unnatürliche und krankhafte. Auf einmal bricht ein heftiger Anfall von Tobsucht aus, und das Gewicht fällt rapide ab.

4) Lassen sich bei einem und demselben Irren Exacerbation und Remission seiner Gemüthsverstimmung mehrmals aufeinanderfolgend beobachten, so findet man, dass die Verstimmung einen um so heftigern Grad erreicht, je tiefer das Gewicht abfällt, und dass sie denselben um so rascher erreicht, je schneller letzteres sinkt. Es ist zu bedauern, dass, wie wir für den Stand der Ernährung in den Zahlen des Körpergewichtes eine vergleichbare Grösse besitzen, wir nicht so auch die Grade der Gemüthsverstimmung in Verhältnisszahlen auszudrücken vermögen, sonst würden sicherlich, bei der überaus auffallenden Aehnlichkeit, welche bei manchen Patienten Exacerbation und Remission ihrer Gemüthsstörung sowohl dem zeitlichen Verlaufe wie dem Umfange nach mit den Oscillationen

ihres Körpergewichts haben, die beiden Curven einander decken.

5) Im Falle, dass bei einem Geisteskranken die Zustände von Ruhe und Aufregung des Gemüths so schnell mit einander wechseln, dass in dem Zeitraum zwischen zwei Bestimmungen des Körpergewichts dieselben sich mehrmals wiederholen, vermag freilich die einzelne Gemüthsschwankung in der Gewichtsdifferenz keinen Ausdruck mehr zu finden, sondern letztere entspricht der Gesammtsumme der Schwankungen, wie auch natürlich, dergestalt dass, wenn sich die Summe der Besserungen und die der Verschlimmerungen des Gemüthszustandes die Waage halten, man entsprechend ein Stehenbleiben des Gewichts auf seinem Stande, oder, je nachdem eine oder die andere Summe überwiegt, ein Steigen oder Fallen der Gewichtscurve beobachten kann.

6) Manchmal lässt sich auch bei längerer Zeit gleichbleibendem Gewichte eine Besserung der Gemüthsaufregung bemerken; allein sie ist nur scheinbar, ruhiger freilich wird das Gemüth, aber nicht weil es seinem normalen Zustande entgegengeht, sondern weil es im Erlöschen begriffen ist.

7) Das Absterben des Gemüthslebens kann aber auch mit folgendem Verhalten der Gewichtscurve einhergehen: Entweder flacht sich letztere entsprechend immer mehr und mehr ab, das heisst, die Differenzen zwischen höchsten und niedrigstem Gewichtsstande werden immer geringer, der Zeitraum vom niedrigsten Gewichte bis zur Erreichung des höchsten Standes und umgekehrt wird immer grösser, bis schliesslich das Körpergewicht ohne nennenswerthe Schwankungen auf gleicher Höhe weiterläuft; oder aber die Oscillationen der Gewichtscurve ändern sich nicht sonderlich ihrer Höhe und ihrem zeitlichen Verlaufe nach, während die entsprechenden Remissionen und Exacer-

bationen des Gemüthsleidens immer weniger ausgiebig werden und zuletzt gänzlich schwinden.

8) Was die Anomalien der Sinnesempfindungen anbelangt, die Illusionen und Hallucinationen, so zeigen sie, wo sie vorhanden sind, ungefähr das nämliche Verhalten gegenüber dem Stande der Ernährung, wie die Anomalien des Gemüths. Mit sinkendem Gewichte nehmen die Sinnestäuschungen sowohl an Häufigkeit wie an Intensität zu, mit steigendem wieder ab, werden seltener, undeutlicher und können schiesslich sogar ganz schwinden. In den psychischen Schwächezuständen, wie bei der partiellen oder allgemeinen Verrücktheit, wenn schliesslich jegliche Gemüthserregung erloschen ist, die Anomalien der Sinnesempfindung aber meistens fortbestehen, folgen letztere ebenfalls obigem Gesetze; es springt dies aber nicht immer gleich in die Augen, weil auch Zu- oder Abnahme der Hallucinationen und Illusionen für den Beobachter schwerer zu erkennen sind, denn bei dem abgestorbenen Gemüthe solcher Kranken lösen sie nur schwache Affecte aus. Man kann aber zum Beispiel öfters bemerken, dass solche Kranke, wenn sie durch irgend welche Excesse sich eine Ernährungsstörung zugezogen haben, mit ihren Hallucinationen mehr als gewöhnlich sich beschäftigen, diese also zahlreicher oder deutlicher geworden sein müssen.

Das Irresein der Intelligenz, das „Irredenken", entwickelt sich aus dem Irresein des Gemüths und der Sinnesempfindung, dem „Irrefühlen", secundär. Auf dem Wege des Erklärungsversuches der vorhandenen Gemüthsverstimmung oder durch die Sinnestäuschungen werden Wahnideen hervorgerufen, welche allmälig im Vorstellungskreise des Ichs festen Fuss fassen, die frühere Vorstellungen verdrängen und schliesslich allein herrschen. In gleicher Weise ist zwischen Körpergewicht eines Irren und seinen

Wahnideen nur ein sekundärer, durch das Verhalten der Gemüths- und Sinnesstörungen vermittelter Zusammenhang wahrnehmbar. Zu der Zeit nämlich, in welcher letztere exacerbiren, also bei sinkendem Gewichte, entstehen neue Wahnideen und wurzeln die alten fester ein. Bei steigendem Körpergewichte hingegen, wenn Gemüthsverstimmung und Sinnestäuschungen nachlassen, bemerkt man nicht immer ein gleiches Verhalten seitens der falschen Ideen. Diejenigen freilich, welche noch auf der Stufe des Erklärungsversuches stehen, noch in keinen festern Verband mit dem Ich getreten sind, schwinden zugleich mit jenen Störungen, welche sie veranlasst haben. Je mehr aber die falschen Vorstellungen bereits assimilirt worden und in den Vorstellungskreis des Ichs aufgenommen sind, destoweniger sieht man sie mit dem Verhalten der Ernährung in Einklang stehen. Am besten kann man diese Beobachtung machen in den Fällen, in welchen das consensuelle oder idiopathische Hirnleiden, dessen Symptom die Seelenstörung war, geheilt ist; zu gleicher Zeit hat sich die allgemeine Ernährung des Organismus gehoben, die Gemüthsstimmung hat ihr normales Verhalten wiedererlangt, Illusionen und Hallucinationen sind verschwunden. Im Falle aber noch Wahnvorstellungen vorhanden sind, und diese nach und nach wieder den richtigen Platz machen, bemerkt man keinerlei Einfluss auf diesen Process seitens des Verhaltens der Ernährung. Das Körpergewicht mag durch irgendwelche Momente wieder sinken, die Heilung der Intelligenzstörung wird nicht dadurch beeinträchtigt, sie geht eben auf rein psychischem Wege vor sich: bessere Erfahrung, logische Schlüsse weisen die Unrichtigkeit der Wahnideen nach.

Sind bei einem Irren die falschen Ideen einmal fix geworden, so ist erst recht keine Abhängigkeit derselben vom Stande der Ernährung mehr wahrzunehmen. Keimen

keine neuen Wahnideen durch etwa noch vorhandene Gemüthsverstimmung oder Sinnestäuschungen wieder auf, so mag das Gewicht des Patienten noch so sehr schwanken, eine merkliche Veränderung in seinem Seelenleben tritt nicht zu Tage.

Mit dem Absterben des Gemüthslebens geht das Schwächerwerden der Intelligenz Hand in Hand; es bildet sich schliesslich Schwachsinn und Blödsinn aus. Die Ernährung hat inzwischen meist ihren normalen Stand erreicht und kann Jahre lang auf derselben Höhe bleiben; dergestalt, dass weder psychisch noch somatisch irgend eine nennenswerthe Veränderung Platz greift. In meiner Zusammenstellung finden sich einige Patienten, deren Körpergewicht mehrere Jahre lang zwischen so engen Grenzen schwankte, dass die Differenz zwischen höchstem und niedrigstem Stand kaum 5 Pfd. betrug. In den Irrenpflegeanstalten werden derartige Kranke sich wohl in Menge finden.

In den eben angeführten Fällen ist, während sich der Blödsinn entwickelt, ein allmäliges Annähern des Gewichtes an seine normale Höhe bemerkbar; in andern Fällen jedoch verhält sich während dieser Zeit das Gewicht anders. Es nimmt nämlich ganz enorm zu, die Patienten werden fettleibig. Ich füge eine derartige Krankengeschichte bei.

(6. Krankengeschichte). P. P., 33 Jahre alt, 5'2'' gross, kam mit Selbstüberschätzung und Ideenflucht in die Anstalt. Die Anamnese fehlte. Ein idiopathisches Hirnleiden wurde diagnosticirt. Sein Gewicht betrug 125 Pfd. und hielt sich 3 Monate lang auf gleicher Höhe ungefähr. Da begann es rasch zu steigen im ersten Monat von 126 auf 142, im zweiten auf 158, im dritten auf 162 Pfd. Sein maniakalischer Zustand, welcher, so lange das Körpergewicht sich nicht veränderte, ziemlich der gleiche geblieben war, linderte sich, sobald das Gewicht stieg. Das gehobene Selbstgefühl und die Ideenflucht liessen nach, aber die Klarheit des Geistes stellte sich nicht ein. Vielmehr machte die bisherige Unruhe und Hastigkeit dem entgegengesetzten Zustande Platz; eine gewisse Trägheit in Denken und Handeln zeigte sich, jeder geistige

Trieb fehlte, Patient verlangte keine Lectüre, fing nie ein Gespräch selbst an, fragte nicht um Nachrichten nach seinen Verwandten. Stundenlang blieb er still sitzen, wenn man ihn nicht zur Arbeit schickte, und hatte er eine solche begonnen, so ging es ganz mechanisch fort. Obwohl sein Gewicht wieder sank und einen Durchschnittsstand von 145 Pfd. erreichte, änderte sich in seinem Seelenleben nichts. Er war ein ruhiger Blödsinniger.

Ich habe nicht bei allen bisher aufgestellten Sätzen die Belege beigebracht; dies würde diese kleine Arbeit allzuumfangreich machen, denn sie sind tausendfältig und jede Krankengeschichte liefert Beweise für die Richtigkeit des einen oder des andern Satzes. Und doch ist nicht zu läugnen, dass bisweilen sich ein Verhältniss zwischen Körpergewicht und Gemüthsstimmung ergiebt, welches obigen Gesetzen geradezu entgegengesetzt erscheint. Man kann nämlich bisweilen trotz sinkendem Gewichte eine Besserung der Seelenstörung und trotz steigendem eine Verschlimmerung der letzteren beobachten. Analysirt man aber diese Fälle, welche übrigens verhältnissmässig selten sind, genauer, so ergiebt sich Folgendes: Wie schon in der Einleitung auseinandergesetzt, sind die Schwankungen des Körpergewichts bei Irren nicht blos zu betrachten als der alleinige Effect von Veränderungen in den organischen Processen, oder als der alleinige Effect von Veränderungen eines seitens der psychischen Funktionen auf den Stoffwechsel ausgeübten Einflusses, sondern vielmehr in weit überaus den meisten Fällen als die Summe beider. Gewöhnlich wirken beiderlei Einflüsse in gleicher Richtung. Kommt es hingegen einmal vor, dass neben einer Störung der organischen Processe irgend ein psychischer Einfluss auf den Patienten günstig einwirkt, so kann neben fortdauerndem Sinken des Gewichts eine Besserung der Gemüthsstimmung sich wahrnehmen lassen. Man kann derartige Beobachtungen manchmal kurz nach dem Eintritt eines Patienten in die Anstalt machen, wenn es der Thera-

pie noch nicht gelungen ist, der vorhandenen körperlichen Anomalien Herr zu werden. Haben solche Patienten vorher vielerlei psychische Insulte zu erdulden gehabt, so bessert sich ihre Stimmung in der Anstalt meist, weil, man mag den psychischen Einfluss der letztern auch noch so gering anschlagen, schon allein die frühern psychischen Insulte fern gehalten werden. Uebrigens hält eine derartige psychische Besserung, wenn nicht auch die somatischen Störungen ausgeglichen werden, niemals lange an, sondern macht bald wieder der Verschlimmerung Platz.

Bisher habe ich bloss das qualitative Verhalten des Körpergewichts bei Geisteskranken betrachtet, jetzt will ich dazu übergehen die quantitativen Verhältnisse zu erforschen und zwar hauptsächlich mit Hinblick auf etwaige Anhaltspunkte, welche dieselben für Aufstellung der Prognose bieten können.

Dr. Erlenmeyer hat bereits im Jahre 1854 ausgesprochen, dass die Prognose ungünstig sei, wenn das Körpergewicht eines Irren nicht vermindert wäre, und hat sogar den Satz aufgestellt, dass, wenn bei einem Patienten beim Eintritt in die Anstalt das Gewicht auf den Zoll Körpergrösse 2 Pfd. betrüge, die Prognose ungünstig sei und um so ungünstiger, je mehr das Gewicht 2 Pfd. überstiege. Letztere Angabe trifft nicht in allen Fällen zu, denn das Anfangsgewicht aller der Personen meiner Zusammenstellung, deren Körpergrösse mir bekannt, und welche geheilt die Anstalt verliessen, betrug auf den Zoll:

bei 11 Männern
„ 21 Weibern unter 2 Pfd.
„ 6 Männern
„ 3 Weibern über 2 Pfd.

also nur bei 32 von 41 Personen unter 2 Pfd.

Vergleiche ich das Anfangsgewicht aller Kranken, deren Körpergrösse mir bekannt ist, mit den Angaben meiner Tabelle über die Mittelwerthe des Körpergewichts, von der ich in der Einleitung gesprochen habe, so finde ich, dass von 17 Männern, welche geheilt die Anstalt verliessen, beim Eintritt unter dem Mittelwerthe standen 14
nahezu gleich demselben 2
über demselben 1
Hingegen von den Ungeheilten, 64 an der Zahl, standen unter dem Mittelwerthe 27
ungefähr gleich demselben 16
über demselben 21
Von 24 geheilten Weibern standen beim Eintritt unter dem Mittelwerthe 19
ungefähr gleich demselben 1
über demselben 4
Von 26 Ungeheilten hingegen standen unter dem Mittelwerthe 13
ungefähr gleich demselben 9
darüber 4

Diese Verhältnisse bleiben ziemlich dieselben, wenn ich auch annehme, dass meine Mittelwerthe zu hoch oder zu niedrig gegriffen wären. Was übrigens das Gewicht, mit welchem die später geheilten Personen in die Anstalt eintraten, anbetrifft, so stand dasselbe auch bei den Personen, bei welchen es gleich oder über dem Mittelwerthe stand, de facto doch unter dem diesen Personen zukommenden Normalgewicht. Doch hierüber hernach etwas ausführlicher. Betrachtet man obige Zahlenreihen im Ganzen und Grossen, dass also von

41 geheilten Individuen beim Eintritt in die Anstalt unter dem Mittelwerthe 33
hingegen gleich oder über demselben nur . . . 8

Von 90 Ungeheilten auf der andern Seite unter dem Mittelwerthe 40
gleich oder über demselben 50

standen, so kann man den Schluss ziehen, dass ein Geisteskranker, dessen Gewicht unter dem Mittelwerthe steht, eine weitaus bessere Hoffnung giebt, als einer welcher darüber steht. Mit absoluter Gewissheit lässt sich also nach dem Gesagten aus dem Verhältniss des Gewichts eines Geisteskranken beim Eintritt in die Anstalt zu dem seinem Geschlechte, Alter und seiner Grösse zukommenden Mittelwerthe ein Schluss auf Heilbarkeit oder Unheilbarkeit nicht ziehen. Vielmehr lässt sich nur ein Ausspruch hinsichtlich der grössern oder geringern Wahrscheinlichkeit eines guten oder schlechten Ausgangs rechtfertigen. Mit weit grösserer Sicherheit liesse sich übrigens die Prognose stellen, wenn man in jedem Falle das wirkliche Normalgewicht kennte; denn das Verhalten des Gewichtes während des Krankheitsverlaufes steht in ziemlich constantem Verhältniss zu der normalen Höhe desselben, wie die Betrachtung des Verlaufes der Gewichtscurve bei Geisteskranken, welche geheilt wurden, ergiebt. Man kann bei letztern mit Fug und Recht als ihr normales Körpergewicht dasjenige betrachten, welches sie nach erlangter körperlicher und geistiger Genesung zeigen. Betrachte ich von diesem Gesichtspunkte aus die geheilten Fälle meiner Zusammenstellung, so ergiebt sich, dass von den 56 Weibern sämmtliche mit niedrigerm Gewichte in die Anstalt eingetreten waren, als mit welchem sie dieselbe verliessen. Ein gleiches war von den 41 Männern bei 38 der Fall, während bei 3 das Endgewicht hinter dem Anfangsgewicht zurückblieb. Aber bei diesen bestätigt gerade die Ausnahme der Regel. Alle drei Personen waren nämlich von unverhältnissmässig hohem Körpergewicht. Bei Menschen aber mit allzureichlich entwickeltem panniculus adiposus

liegt offenbar das ihrem Alter und ihrer Grösse zukommende normale Gewicht weit unter ihrem wirklichen. Sie sind deshalb nach einer Krankheit schon als vollkommen genesen zu betrachten, wenn sie auch noch nicht ihr früheres durch übermässige Entwickelung des Fettgewebes über die Norm hinaufgeschraubtes Gewicht wieder erreicht haben. Ich führe die drei Fälle kurz an:

(7. Krankengeschichte). A. S., 36 Jahre alt, leidet an Melancholia activa mit Versündigungswahn. Wie lange bereits die Krankheit bestand, finde ich nicht angegeben. Sein Gewicht bei der Aufnahme beträgt 188 Pfd. Es sinkt im Verlaufe von $2^1/_2$ Monaten auf 161 Pfd., hält sich noch einen Monat auf dieser Stufe. Von da an trat Besserung der Gemüthsverstimmung ein, die Wahnideen verloren sich, und er verliess geheilt die Anstalt. In diesen zwei Monaten war sein Gewicht von 163 Pfd. auf 180 gestiegen. Und zwar war es immer noch im Steigen, so dass ganz sicher anzunehmen ist, wenn er noch eine Zeit lang in der Anstalt verblieben wäre, dass auch sein Körpergewicht die Höhe des Anfangsgewichtes erreicht oder gar übertroffen hätte.

(8. Krankengeschichte). R. M., $54^1/_2$ Jahre alt, ist seit etwa 6 Monaten an Melancholie mit Wahn erkrankt. Er zeigt beim Eintritt in die Anstalt ein Gewicht von 172 Pfd. also bei einer Grösse von 6′ 5″ auf den Zoll 2,65, was für sein Alter viel zu hoch ist. Im Laufe von 10 Monaten sinkt sein Gewicht auf 150 Pfd., also auf den Zoll 2,3 Pfd., eine ziemlich normale Höhe. Von da an beginnt sein Gemüthsleiden sich zu bessern, wenn auch nur langsam. In etwa 7 Monaten erreicht er ein Körpergewicht von 164 Pfd., auf den Zoll also 2,52. Seine Gemüthsverstimmung ist zwar verschwunden, aber einzelne Wahnideen und Einsichtslosigkeit in seinen Zustand persistiren. Obwohl nun in den 4 folgenden Monaten sein Gewicht wieder auf 150 Pfd. herabsank, trat doch kein Rückfall seines Gemüthsleidens ein, vielmehr hatten sich inzwischen Wahnideen und Einsichtslosigkeit gleichfalls verzogen, und Patient konnte geheilt die Anstalt verlassen.

(9. Krankengeschichte). K. E., 61 Jahre alt, ist seit etwa 2 Monaten an Melancholie mit Wahn erkrankt. Vor seiner Krankheit wog er 206 Pfd, jetzt tritt er mit bloss 170 Pfd. in die Anstalt ein. In vier Monaten sank es weiter bis auf 160 Pfd., dabei nahm die Intensität der Wahnideen immer mehr und mehr zu. Dann stieg das Gewicht wieder innerhalb 4 Monaten auf 172 Pfd. Gemüthsverstimmung und Wahnideen verschwanden allmälig. Die noch vorhandenen Hallucinationen wurden bald als Täuschungen erkannt. Patient blieb noch 5 Monate in der

Anstalt, während welcher Zeit sein Gewicht ungefähr auf gleicher Höhe blieb, und verliess dieselbe 168 Pfd. schwer.

Also auch bei diesen drei Patienten ist mit dem Auftreten der Seelenstörung eine Ernährungsstörung Hand in Hand gegangen, die sich wieder bei der Heilung ausglich. Ich bin daher berechtigt, mit voller Sicherheit den Satz auszusprechen:

Alle Patienten, welche in der Anstalt Heilung fanden, traten in einem Zustande gesunkener Ernährung in dieselbe ein. Demnach ist gesunkener Ernährungsstand bei einem Geisteskranken ein unbedingtes Erforderniss, wenn man sich auf Heilung Hoffnung machen will, wie ja auch immer bei Aufstellung der Prognose eine gesunkene Ernährung unter den günstigen Momenten aufgeführt wird. Ferner lässt sich aus obigen Thatsachen folgern, dass ein Geisteskranker, dessen Ernährung normal ist, während seine Gemüthsvertimmung noch besteht, als unheilbar zu betrachten ist.

Wenn demnach bei all den Geisteskranken, welche im Zustande gesunkener Ernährung in die Anstalt treten, kein sicherer, sondern blos ein Wahrscheinlichkeitsschluss auf die Heilbarkeit oder Unheilbarkeit zulässig ist, so will ich jetzt sehen, ob nicht aus dem fernern Verlaufe etwa, welchen das Gewicht nimmt, eine weitere Scheidung zwischen den Fällen, welche einen günstigen und denen, welche einen ungünstigen Ausgang nehmen, sich begründen lässt. Ueberschaue ich zuerst alle Gewichtscurven der Patienten, welche Heilung fanden, so ergiebt sich folgendes: Den ganzen Verlauf des Gewichtes vom Beginn der Krankheit an bis zur vollkommenen Heilung besitzen wir nicht, da immer schon eine gewisse Zeit nach der Erkrankung verfliesst, ehe dieselbe erkannt, und noch eine weitere, ehe der Patient einer Anstalt übergeben wird. Doch können wir uns diesen Theil der Curve wenigstens in so

weit construiren, als wir wissen, dass das Gewicht gesunken ist. So oft wenigstens eine Angabe darüber sich vorfand wie hoch das Körpergewicht vor der Krankeit stand, zeigte sich regelmässig, dass es bei weitem höher war, als das Gewicht, mit welchem Patient in die Anstalt trat. Ferner findet sich meistens die Angabe, dass das Aussehen des Patienten ein sehr schlechtes gewesen sei. Ueberblicke ich alle vorliegenden Curven von Geheilten und füge dem eben Gesagten entsprechend das Anfangsstück hinzu, so zeigen sich alle im Ganzen und Grossen unter der Form eines Wellenthales zwischen zwei Wellenhöhen, von welchen die erstere die Zeit vor Beginn der Erkrankung, die letztere die Zeit nach Heilung der Gemüthsverstimmung entspricht. Das zwischenliegende Stück der Curve aber bezeichnet den Verlauf des Gewichtes während der Krankheitsdauer. Im Einzelnen ist natürlich dieser Theil der Curve bei verschiedenen Kranken manigfaltig modificirt. Bald verläuft sie ganz stetig sich senkend und ebenso stetig sich hebend, wenn auch die Seelenstörung sich stetig verschlimmert und dann ebenso ohne Störung der Heilung zugeht. Je rascher diese Processe vor sich gehen desto schroffer ist auch die Curve. Manchmal geht der absteigende Theil ganz rasch in den aufsteigenden über, und ein anderesmal liegt zwischen beiden wieder ein ziemliches Stück von horizontalem Verlaufe. Zeigt die Seelenstörung eine wechselnde Folge von Verschlimmerungen und Besserungen, so spricht sich auch dieses in kleinern Oscillationen des Gewichtes aus, wobei aber doch im Grossen und Ganzen die Form einer einzigen Senkung und Hebung beibehalten wird; das heisst, bei allen Hebungen des Gewichtes während des Verlaufes der Krankheit erreicht es doch niemals die Höhe, welche es bei definitiver Heilung der Gemüthsverstimmung einnimmt. Ich sage absichtlich: bei Heilung der Gemüthsverstimmung, denn wie ich schon im ersten Abschnitt dieses

Aufsatzes angegeben, zeigen die bisweilen nach Heilung des Gemüthsleidens noch verbleibenden Residuen, wie Wahnvorstellungen, Einsichtslosigkeit und dergleichen keinerlei wahrnehmbaren Zusammenhang mehr mit dem Verhalten des Gewichts. So zeigen denn einige der mir vorliegenden Gewichtscurven, nachdem mit Schwinden der Gemüthsverstimmung dieselben ihre Höhe erreicht haben, wieder ein Sinken. Trotzdem schwanden, wie gesagt, über kurz oder lang die Wahnideen. Dass dabei trotz des Sinkens des Gewichts die Gemüthsvertimmung sich nicht wieder einstellte, zeigte, dass die Ursache der Seelenstörung vollkommen beseitigt war, und ich möchte demnach als das Beste Kriterium der erlangten Genesung das Nichteintreten eines Recidives bei wieder aus irgend einem Grunde sinkender Ernährung sehen.

Was das Verhalten des Gewichtes bei jedem einzelnen Kranken, welcher Heilung fand, anbelangt, so hing dies davon ab, in welchem Stadium er in die Anstalt kam. Waren die Krankheitssymptome noch im Zunehmen begriffen, so sank auch das Gewicht noch eine Zeit lang, ehe es sich wieder zum Steigen wandte; oder es blieb eine Zeit lang noch auf gleicher Höhe; oder aber, wenn der Patient schon in Genesung begriffen anlangte, stieg es sofort. Theile ich nach diesem Verhalten der Gewichtscurve die geheilten Patienten ein, so gelange ich zu folgenden Zahlen:

Von 41 Männern fing das Gewicht definitiv an zu steigen

gleich nach dem Eintritt bei	. . . . .	23
innerhalb der ersten 6 Wochen bei	. . . . .	13
nach $3^1/_2$ Monaten		
„ 4 „		
„ 5 „	bei je	1
„ 7 „		
„ 10 „		

Von letztern 5 hielt sich bis zum Zeitpunkte des Steigens das Gewicht auf gleicher Höhe bei . . 3
während es bis dahin noch weiter abnahm bei . 2
Von 56 Weibern stieg das Gewicht definitiv gleich bei 31
innerhalb der ersten sechs Wochen bei . . . 17
nach 2 Monaten bei 3
„ 3 „ „ 2
„ 4 „ „ 2
„ 6 „ „ 1
Und zwar hielten von letztern 8 bis zum Zeitpunkte des Steigens sich auf gleichem Gewichte 2
während bis dahin an Gewicht noch weiter abnahmen 6
Von 97 Personen also, welche in der Anstalt ihre Heilung fanden, wandten sich demnach gleich nach ihrem Eintritt oder innerhalb der ersten 6 Wochen bereits dem definitiv steigenden Gewichte zu . . 84
während nur 13
längere Zeit und zwar im höchsten Falle 10 Monate dazu gebrauchten.

Vergleiche ich mit diesem Verhalten der Gewichtscurve bei geheilten Geisteskranken dasjenige bei denen, welche nicht geheilt wurden, und zwar während der ersten 18 Monate ihres Aufenthaltes in der Anstalt, so gelange ich zu den nachfolgenden Ergebnissen:

Von 148 Patienten, deren Zustand beim Eintritt in die Anstalt überhaupt ein solcher war, dass an die Möglichkeit einer Heilung noch gedacht werden konnte, erreichten das Gewicht, welches sie beim Eintritt zeigten, bis zu ihrer Entlassung oder bis nach 18 Monaten nicht mehr: Männer 25
Weiber . . . . 31.

Das Verhalten der Gewichtscurve zeigte sich hierbei in zweifacher Gestalt. In dem einen Falle war ihr Verlauf ein nahezu horizontaler zu nennen, indem das Gewicht

immer annähernd auf derselben Höhe stehen blieb, oder indem es nur schnelle und wenig ausgiebige Schwankungen machte, deren Mittelwerthe fast die gleiche Höhe beibehielten. Ein derartiges Verhalten der Curve fand sich

bei Männern 19

„ Weibern . . . . 12.

In dem andern Falle sank die Gewichtscurve entweder continuirlich oder mit leichten Oscillationen dergestalt, dass jeder folgende Wellenberg nicht mehr die Höhe des vorhergehenden erreichte, während die Wellenthäler immer tiefer hinabsanken. Dieses Verhalten fand sich bei

Männern 16

Weibern . . . . 19.

Diese 66 Personen zeigten also einen Verlauf ihrer Gewichtscurve, wie er sich bei keinem geheilten Falle meiner Zusammenstellung auf eine so lange Periode erstreckte. Grössere Aehnlichkeit mit den Gewichtscurven der geheilten zeigen die der übrigen 82 Personen. Vor allem gehören hierher Männer 12

Weiber 10,

im Ganzen also 22 Personen, welche unter der Rubrik: „Gebessert" die Anstalt verliessen; doch über sie erst am Schlusse dieses Abschnittes.

Bei 14 Personen, wovon Männer 5

Weiber . . . 9,

war das Verhalten ihrer Gewichtscurve bis zu ihrer Entlassung, Tode oder in den ersten 18 Monaten derart, dass die Heilung zu erwarten stand. Dass sie aber nicht als geheilt die Anstalt verlassen konnten, daran waren folgende Gründe schuld. Bei Männern 4

Weibern 5,

deren Körpergewicht theils sofort, theils erst nach vorhergegangenem Sinken gestiegen war, womit paralell eine Besserung ihrer Seelenstörung einhergegangen, trat ein

Recidiv ein, ehe die volle körperliche und geistige Gesundheit erreicht war. Wo eine Angabe der Ursache dieses Recidives sich vorfand, war dies jedesmal ein Magencatarrh. In diesem Stadium fanden nun 3 der obigen Personen ihren Tod, alle andern wurden entlassen, freilich unter der Rubrik: „Ungeheilt", womit aber die Möglichkeit einer sich noch später einstellenden Heilung nicht im mindesten in Frage gestellt wurde.

Bei den übrigen 5 Personen

Mann 1
Weiber . . . 4

bildete sich, nachdem mehrere Perioden von Besserung und Verschlimmerung der Seelenstörung paralell dem steigenden und sinkenden Körpergewichte vorhergegangen waren, ein psychischer Schwächezustand aus, indem die Wahnideen sich immer fester und fester setzten. Das Körpergewicht, welches anfänglich auch auf seinem Culminationspunkte unter dem normalen gewesen, erreichte schliesslich seinen normalen Höhepunkt. Ein ähnlicher Ausgang in psychische Schwäche fand sich bei einer Gruppe von

Männern 4
Weib 1,

deren Gewicht in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthaltes langsam stieg, wobei nur geringe Oscillationen der Gewichtscurve sich einstellten. Entsprechend waren auch Veränderungen der Gemüthsverstimmung kaum bemerkbar, wobei aber eine wenn auch nur unbedeutende Besserung derselben nicht zu verkennen war.

An diese Gruppe schliesst sich die Reihe von Fällen an, in welchen sich ziemlich rasch Schwachsinn und Blödsinn mit bedeutender Zunahme des Fettpolsters paralell gehend entwickelte. Wie bereits früher erwähnt, machen solche Fälle anfänglich ganz den Eindruck, als ob sie einer raschen Genesung entgegen gingen, da neben der Besserung

des somatischen Befindens auch eine Milderung der Gemüthsverstimmung unverkennbar ist. Das Verhalten des Gewichts lässt anfangs auch keine Unterscheidung zu, ob die Krankheit mit Heilung oder mit Schwachsinn endigen werde. Die Ernährung ist unter das normale gesunken, ganz wie bei den später geheilten Fällen. Vergleiche ich bei den Patienten, über deren Körpergrösse mir Angaben vorlagen, das Gewicht mit meinen Durchschnittswerthen, so finde ich, dass von 11 Personen 7 unter dem normalen, 2 auf demselben und 2 darüber standen. Von 3 Weibern standen 2 unter und 1 über dem Mittelwerthe. Auch der weitere Verlauf und die Form der Curve bieten nichts, was sich von den Gewichtscurven geheilter Patienten unterschiede. Freilich findet sich bei erstern, dass die Zunahme des Gewichtes eine stetige ist, dass nur selten das Ansteigen der Curve durch ein zeitweises Fallen unterbrochen wird, aber ganz das gleiche findet sich auch bei vielen Curven geheilter Irren. Sowohl was die Schnelligkeit anbetrifft, mit der sich der Schwachsinn entwickelt, als auch hinsichtlich des Grades, um den monatlich das Körpergewicht steigt, herrschen die grössten Differenzen. Von 3 Monaten bis zu $1^1/_2$ Jahren, von 2 bis zu 12 Pfd. monatlicher Durchschnittszunahme des Gewichtes finden sich in meiner Zusammenstellung. Das Gemeinsame haben diese Fälle, dass sich schliesslich in Folge der reichlichen Fettentwicklung das Gewicht beträchtlich, in einzelnen Fällen ganz enorm über den normalen Höhepunkt erhebt. Mit meinen Durchschnittswerthen verglichen zeigt sich, dass sie alle zuletzt weit darüber stehen, und zwar walten hier dem Grade nach wieder die grössten Differenzen ob. Bei demjenigen, welcher verhältnissmässig am wenigsten zugenommen hatte, betrug der Ueberschuss über das normale Körpergewicht auf den Zoll Körpergrösse 0,17 Pfd.; bei dem welcher relativ am meisten zugenommen hatte, gar 0,91 Pfd. Aus

meiner Zusammenstellundg sind in diese Gruppe zu reihen

Männer 15
Weiber 5,

zusammen also 20 Personen. Uebrigens hielt sich keine davon lange auf der erreichten Höhe, sondern ihr Gewicht sank wieder bald aus diesem bald aus jenem Grunde.

Von 21 Krankheitsfällen mit periodischem Verlaufe gehörten der Form der folie circulaire an 10 Fälle, bei

Männern 3
Weibern . . . . 7.

Eine Heilung wurde nicht beobachtet. Zwar wurden mehrmals Patienten als geheilt entlassen; sie kehrten jedoch über kurz oder lang in die Anstalt zurück. Der Uebergang des Depressions- in das Exaltationsstadium oder der umgekehrte hatten bloss die Heilung vorgetäuscht.

Von 11 Kranken Männern . . . 8
Weibern . . . 3,

welche an periodischer Seelenstörung litten, wurde nur bei einer Patientin wirkliche Heilung beobachtet. Bei manchen andern waren zwar die Zwischenzeiten zweier Anfälle wahre lucida intervalla, und sie dauerten mitunter recht lange Zeit an, aber die Gewissheit, mit welcher man voraussagen konnte, dass die geringste Ernährungsstörung sofort wieder einen Anfall auslösen würde, veranlasste von dem Ausspruche auf Heilung abzustehen, den folgenden Anfall nicht als Recidiv, sondern als Exacerbation eines fortbestehenden Leidens anzusehen.

Die Krankengeschichte der erwähnten geheilten Patientin ist folgende:

(10. Krankengeschichte. Curve V). P. R., 23 Jahre alt 4′ 11″ gross, in deren Familie keine Seelenstörung so weit bekannt vorgekommen, entwickelte sich geistig und körperlich wenig. Ein geringer Grad von Mikrocephalie war vorhanden. Seit ihrem 17. Lebensjahre war sie immer regelmässig menstruirt worden. Im 19. Jahre wurde sie von periodisch

auftretender Manie befallen. Die Anfälle dauerten etwa 10 Tage mit 14 tägigen Intervallen. Nach 4 bis 5 Anfällen ward sie ruhig Eine grosse Neigung über das geringste zu lachen verschaffte ihr im Pensionat, in welches man sie jetzt brachte, den Spitznamen: „Lachtaube." In ihrem 23. Jahre brachen jene Anfälle wieder aus, dabei magerte sie sehr ab, obwohl sie immer guten Appetit hatte. In ihren Anfällen zeigte sie ewige Unruhe konnte nicht sitzen bleiben, räumte alle Schränke auf, schwatzte Unsinn. Grosse Ideenflucht. Dabei sprach sie immer schneller und schneller, bis sie ganz unverständlich war In die Anstalt gebracht, folgten noch 3 derartige Anfälle, dann trat Besserung im Betragen ein, proportional dem nicht unerheblich zunehmenden Gewichte. Ihr ganzer Charakter änderte sich zum Guten, sie war nicht mehr extravagant, sondern ruhig, zufrieden, gehorsam. Spätere Nachrichten melden, dass die Besserung angehalten habe.

Die Schwankungen, welche die Gewichtscurve zeigt, entsprechen dem Auftreten und Nachlassen der Anfälle, freilich bei dem schnellen Aufeinanderfolgen derselben nicht in ganz so prägnanter Weise, wie bei den früher angegebenen Curven.

Kehre ich zu den 22 Patienten zurück, welche als „Gebessert" die Anstalt verliessen. Da spätere Nachrichten über dieselben fehlen, so ist fraglich, in welche der obigen Categorien sie gehören. Manche mögen zu Hause ihre definitive Heilung gefunden haben; bei andern mag die Seelenstörung wieder in ein Exacerbationsstadium getreten sein, oder gar ein psychischer Schwächezustand sich eingestellt haben. Wenn sie sich auch demnach weiter nicht verwerthen lassen, so will ich doch soviel constatiren, dass sie alle ohne Ausnahme mit einem höhern Körpergewichte die Anstalt verliessen, als mit welchem sie in dieselbe eingetreten waren.

Ueber das Verhalten des Körpergewichts bei solchen Patienten, welche sich bereits im Stadium psychischer Schwäche befinden, will ich mich kurz fassen. Je nach der Art und Weise, wie bei ihnen die Veränderungen ihres Seelenlebens zu den Schwankungen ihres Gewichtes stehen, zerfallen sie in vier Gruppen.

Bei der ersten Gruppe zeigen sich vollkommen die nämlichen Verhältnisse wie bei Fällen acuter Seelenstörung: Besserung und Verschlimmerung des Gemüthsleidens entsprechen ganz genau dem Steigen und Fallen des Körpergewichts. Hierher gehört der bereits mitgetheilte Fall. (4. Krankengeschichte).

Bei einer zweiten Gruppe treten überhaupt weder psychische noch somatische Veränderungen wieder auf. Nach Jahr und Tag findet man die Patienten noch als ganz dieselben wieder und mit demselben Körpergewicht.

Die dritte Gruppe zeichnet sich dadurch aus, dass trotz bedeutender Veränderung ihres Körpergewichts eine entsprechende Verschlimmerung oder Besserung ihres psychischen Leidens nicht beobachtet wird.

Eine vierte Gruppe setzt sich aus denjenigen zusammen, welche zwar gleichzeitig verlaufende Oscillationen des Gewichts und Schwankungen ihres Seelenlebens zeigen, während die Höhen derselben aber im Missverhältniss stehen. Zwar vermögen wir nicht die Grade einer psychischen Störung in Zahlen auszudrücken, und auch nicht zu sagen, wenn z. B. die Aufregung sich bis zum Selbstmorde steigert, so sinkt das Körpergewicht um so und so viel Pfund; aber durch die Beobachtung zahlreicher ähnlicher Fälle erlangt man wenigstens für die extremsten eine gewisse Sicherheit zu entscheiden, ob die Veränderungen im Ernährungszustande mit denen im Seelenleben im rechten Verhältnisse stehen. Wird z. B. ein Patient, der sich bislang ruhig verhalten, von Ausbrüchen der heftigsten Tobsucht befallen, und sein Gewicht sinkt nur um 4 oder 5 Pfd., oder wird er nur ein weniges verstimmt, während sein Körpergewicht um 10 oder 15 Pfd. abnimmt, so fühlt man, dass hier somatische und psychische Veränderungen sich nicht in ihrem Umfange entsprechen, denn im erstern Falle wird gewöhnlich ein weit aus tieferes

Sinken des Gewichts und im letzteren eine weit heftigere Exacerbation der Seelenstörnng beobachtet. Mit Zahlen vermag ich es freilich nicht zu beweisen, aber ich habe den subjectiven Eindruck empfangen, als ob das eben beschriebene Verhältniss bei einer ganzen Reihe von Kranken, die man für heilbar gehalten hatte, ohne dass später Heilung erfolgte, bestand. Wenigstens sind die Gewichtscurven vieler „Ungeheilten“ verhältnissmässig sehr flach, während doch Exacerbationen und Remissionen ihrer Seelenstörung sehr schroff aufeinander folgten und beträchtliche Höhen erreichten. Der umgekehrte Fall zeigte sich auch, aber seltener.

Nach dem Angeführten lässt sich also das Körpergewicht und sein Verhalten während der ersten Zeit des Aufenthaltes eines Kranken in der Irrenanstalt in folgender Weise prognostisch verwerthen:

1) Lässt sich bei einem an Seelenstörung Erkrankten, nachdem er einer seinem Zustande entsprechenden Behandlung unterzogen worden, eine Hebung seiner Ernährung gar nicht erzielen, so wird auch sein psychisches Leiden nicht geheilt.

2) Tritt hingegen sofort eine andauernde Steigerung seines Körpergewichts zu Tage, so ist die Prognose sehr günstig, zumal wenn man nach der Anamnese eine periodische Seelenstörung ausschliessen kann. Es bleibt dann nur die einzige Besorgniss übrig, es möchte sich etwa neben der Besserung des Gemüthsleidens eine Schwäche der Intelligenz entwickeln.

3) Wenn in der ersten Zeit des Befindens unter einer geeigneten Behandlung das Körpergewicht eines Patienten nicht steigt, ja sogar noch abfällt, so trübt dies die Prognose nicht sehr während der ersten 6 Wochen; um so mehr jedoch, je länger nachher eine Hebung der Ernährung auf ich wart en lässt.

4) In je auffallenderm Connex Veränderungen im Stande der Seelenstörung und in dem der Ernährung zusammenstehen, je genauer auch der Umfang der Veränderungen beider sich entspricht, desto günstiger lässt sich die Prognose stellen, vorausgesetzt wiederum, dass keine periodische Seelenstörung vorliegt.

5) Bei den Formen von periodischer Geisteskrankheit ist bekanntlich die Prognose nicht sehr glänzend. Ob aber auch hier die etwaige Heilung mit noch weitaus bedeutenderer Hebung der Ernährung einhergeht, als solche bei dem Schwinden des einzelnen Anfalls sich zeigt, dafür spräche zwar obiger Fall (10. Krankengeschichte); es ist aber der einzige in meiner Zusammenstellung, und genügt deshalb nicht zum Beweise jenes Satzes, wenn auch die Wahrscheinlichkeit seiner Richtigkeit nicht geläugnet werden kann.

6) Ein stetiges Ansteigen der Gewichtscurve lässt immer, wenn sich trotz Ruhigerwerden des Gemüths eine entsprechende Klarheit und Frische des Geistes nicht einstellen will, den Ausgang in Schwachsinn befürchten. Fährt das Körpergewicht, nachdem das der betreffenden Person zukommende Normalgewicht erreicht ist, immer noch fort zu steigen, entwickelt sich Fettleibigkeit, ohne dass der Geist klar wird, so ist jede Hoffnung auf Rettung verloren; Patient verfällt dem Schwachsinn und Blödsinn.

Ist die Heilung einer Seelenstörung eingetreten, so tritt an den Arzt die Frage heran, ob dieselbe auch von Dauer sein werde. Lassen sich nun aus dem Verhalten des Körpergewichts während des Verlaufes einer Geisteskrankheit Schlüsse auf die grössere oder geringere Wahrscheinlichkeit eines Recidives ziehen? Auf die Spur, in

welcher Richtung ein etwaiger Zusammenhang zwischen Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls und Verhalten der Gewichtscurve zu suchen sei, wird auch hier wiederum die Betrachtung des Körpergewichtsverlaufes bei den Formen periodischer Seelenstörung verhelfen; denn es hat ja auch das Verhalten der Schwankungen im Seelenzustande bei beiden, den recidivirenden, wie den periodischen Störungen grosse Aehnlichkeit. Bei letztern, und ich brauche bloss auf die Curven I—III zu verweisen, fällt sofort auf, dass die Schwankungen sehr schroff sind, das heisst, dass die Gewichtszu- oder abnahme in einem bestimmten Zeittheile sehr gross ist. Nahezu bei allen Patienten meiner Zusammenstellung, welche an periodischer Geistesstörung litten, findet sich dies Verhältniss. Und ähnlich auch bei den meisten recidivirenden Seelenstörungen, wie auch schon Dr. Erlenmeyer ausgesprochen, dass die rasche Gewichtszunahme in der Convalescenz auf ein Recidiv schliessen liesse. Ich füge folgende Krankengeschichte bei.

(11. Krankengeschichte. Curve VI). F. S., 45 Jahre alt, 5′ 3½″ gross, war bereits 11 Jahren in Siegburg an Tobsucht leidend in Behandlung gewesen und nach 1 Jahre als geheilt entlassen worden. Seither war sie mehrmals geistesgestört gewesen. Jetzt in die Anstalt gebracht, zeigte sie sich somatisch sehr heruntergekommen, mit decubitus behaftet. Psychisch waren Melancholie, Angstanfälle, Nahrungsverweigerung, Hallucinationen vorhanden. Sie besserte sich sofort und konnte schon nach 3 Monaten als geheilt entlassen werden. Ihr Gewicht war continuirlich von 92 auf 111 Pfd. gestiegen, hatte also im Durchschnitt monatlich 6½ Pfd. zugenommen. 11 Monate nach ihrer Entlassung bekam sie einen Rückfall. Neben den frühern Erscheinungen zeigten sich noch Anaesthesie der Haut, Parese des linken Arms und des rechten Beins. Wieder stieg in der Anstalt das Gewicht continuirlich, nahm in 2½ Monaten 18 Pfd. also im Durchschnitt 7½ Pfd. monatlich zu. Die Gemüthsverstimmung war zuerst, dann erst Anaesthesie und Parese geschwunden. Weitere Recidive folgten.

Dass sich bei der Heilung von Seelenstörung die Gewichtscurve schroffer bei den Patienten erhebt, welche

später einem Recidive verfallen, als bei denjenigen, welche definitive Heilung gefunden, lässt sich auch in Zahlen nachweisen. Als Vergleichungswerth diene der Procentsatz, um welchen das Gewicht von seinem tiefsten Stande (dieser als Fixum genommen) an bis zur Heilung durchschnittlich im Monat stieg. Indem ich auf die eine Seite alle die Fälle stelle, bei denen in der Anstalt selbst ein Recidiv beobachtet, oder bei welchen ein solches in Erfahrung gebracht wurde, auf die andre alle die, von welchen solches nicht bekannt wurde, so erhalte ich folgende Werthe:

Bei den recidivirenden Formen stieg das Gewicht monatlich im Durchschnitt

um 6, 1 %

bei der nicht recidivirenden um 3,44 %

Die Differenz wird noch grösser erscheinen, wenn man bedenkt, dass unter der letztern Gruppe manche Fälle gewesen sein können, bei welchen doch ein Recidiv folgte, dies aber der Anstalt nicht bekannt wurde, mancher Fall auch, bei dem die Praedisposition zu einem Rückfall vorhanden, günstige Umstände denselben aber verhindert haben mögen. Auf den absoluten Werth obiger Zahlen ist überhaupt weiter nichts zu geben, denn die Differenzen der einzelnen Fällen sind ganz enorm. Es sind Fälle unter den Recidiven, bei welchen der Durchschnittswerth noch unter dem bei nicht recidivirenden steht, und umgekehrt bei Fällen, in denen kein Rückfall folgte, stand er noch über dem bei recidivirenden. Es genügt, dass aus jenen Zahlen hervorgeht, wie man um so eher einen Rückfall befürchten muss, je schneller und bedeutender das Gewicht zunimmt, während der umgekehrte Fall mehr für definitive Heilung spricht, ohne aber absolute Sicherheit zu geben.

Beiläufig will ich noch folgendes erwähnen: Es stellte sich heraus, dass bei Weibern der Durchschnittsprocentsatz, um den das Gewicht steigt, höher ist als bei den Männern,

und zwar nicht bloss bei den recidivirenden, sondern auch bei den nicht recidivirenden Formen. Denn es stieg das Gewicht monatlich durchschnittlich, in den nicht recidivirenden Fällen

bei Männern um 3,28 %
bei Weibern um 3,58 %

und in solchen, wo ein Recidiv folgte

bei Männern um 5,62 %
bei Weibern um 6,33 %

Ob hier ein Zufall vorliegt?

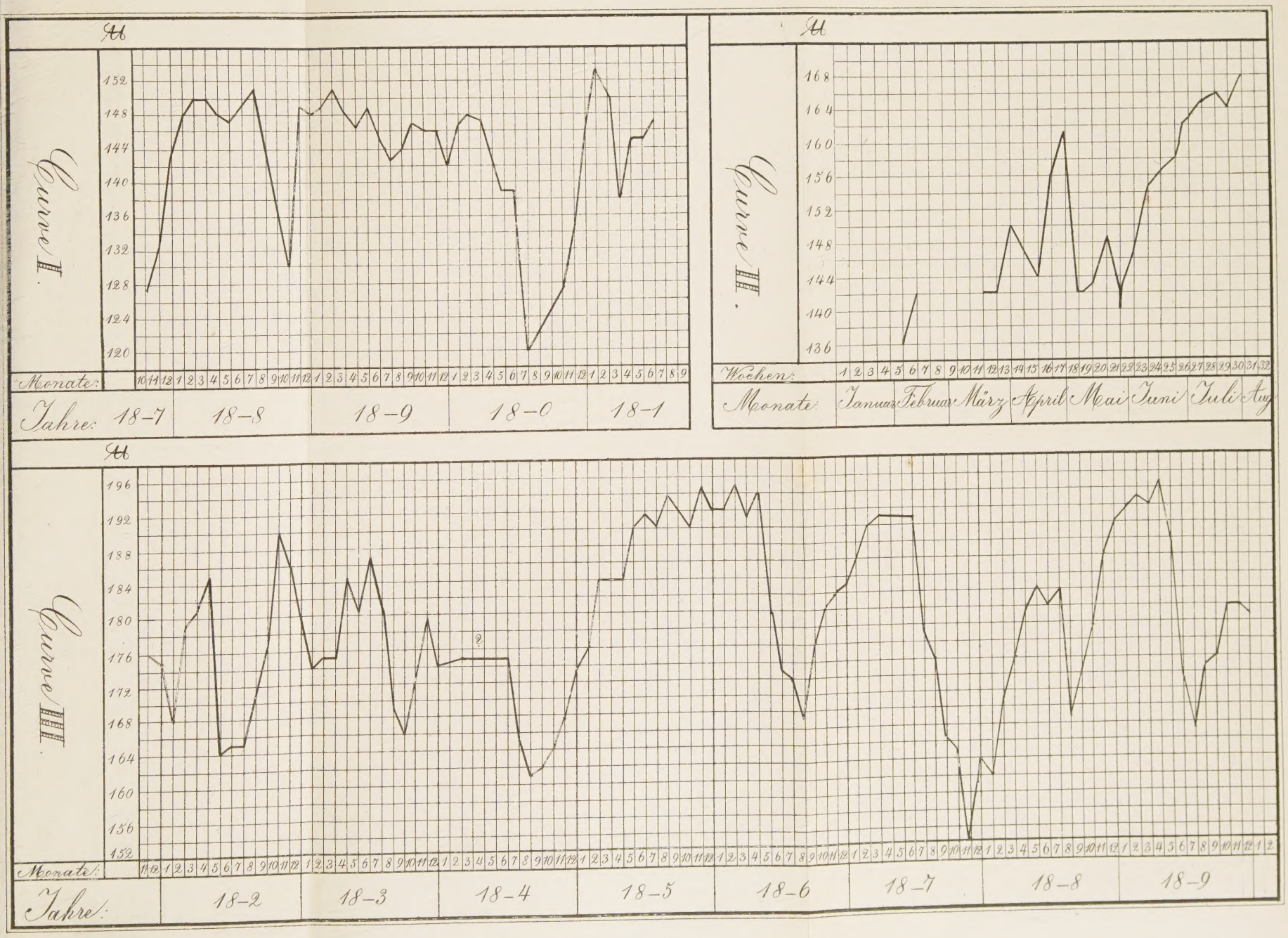
Die Schlüsse, welche uns das Verhalten des Körpergewichts bei Irren auf die Prognose erlaubt, sind übrigens nicht der einzige und grösste Vortheil, welchen eine regelmässige Bestimmung des Körpergewichts bietet. Weitaus werthvoller noch sind die Winke, welche sie für die Behandlung selbst giebt. Doch dieses Thema liegt nicht im Plane meiner Arbeit, darum will ich bloss kurze Andeutungen machen. Eine nennenswerthe Veränderung im Körpergewichte eines Irren macht, ehe noch der Umgebung eine somatische oder psychische Aenderung aufgefallen ist, darauf aufmerksam, dass eine solche im Gange sei, und fordert auf zur genauern Beobachtung, macht es möglich, viele Ausbrüche im Keime zu ersticken. Krankheiten, welche sonst ja bei Irren oft lange Zeit unentdeckt bleiben, bringt die durch das auffallende Sinken des Körpergewichtes veranlasste genauere Untersuchung des Patienten zu Tage. Der innige Zusammenhang, in welchem somatisches und psychisches Befinden zusammenstehen, fordert dringend, die psychischen Störungen durch Hebung der Ernährung zu bekämpfen. Freilich eine Störung im Centralnervensystem beeinträchtigt auch die Ernährung und dann diese wiederum die Funktionen des Central-

nervensystems, ein fataler Cirkel, den zu durchbrechen es aber doch gelingt durch geeignete Behandlung der somatischen Störungen, wie die Erfahrung lehrt. Die psychische Behandlung entfaltet erst dann ihre volle Wirksamkeit, wenn mit dem Schwinden des körperlichen Krankseins auch die Verstimmung des Gemüths beseitigt, eine reine Intelligenzstörung zurükgeblieben ist.

Ob und in wie weit der Satz, dass die Schwankungen in den psychischen Störungen den Oscillationen der Gewichtscurve congruent sind, sich etwa zur Entlarvung der Simulation von Irresein verwerthen lasse, dafür fehlt mir jede Beobachtung eines solchen Falles. Der einzige Fall in meiner Zusammenstellung, bei dem anfänglich Verdacht auf Simulation vorlag, zeigte sich bei längerer Beobachtung doch als wirklich seelengestört und ging schliesslich unter Hebung seiner Ernährung der Heilung zu.

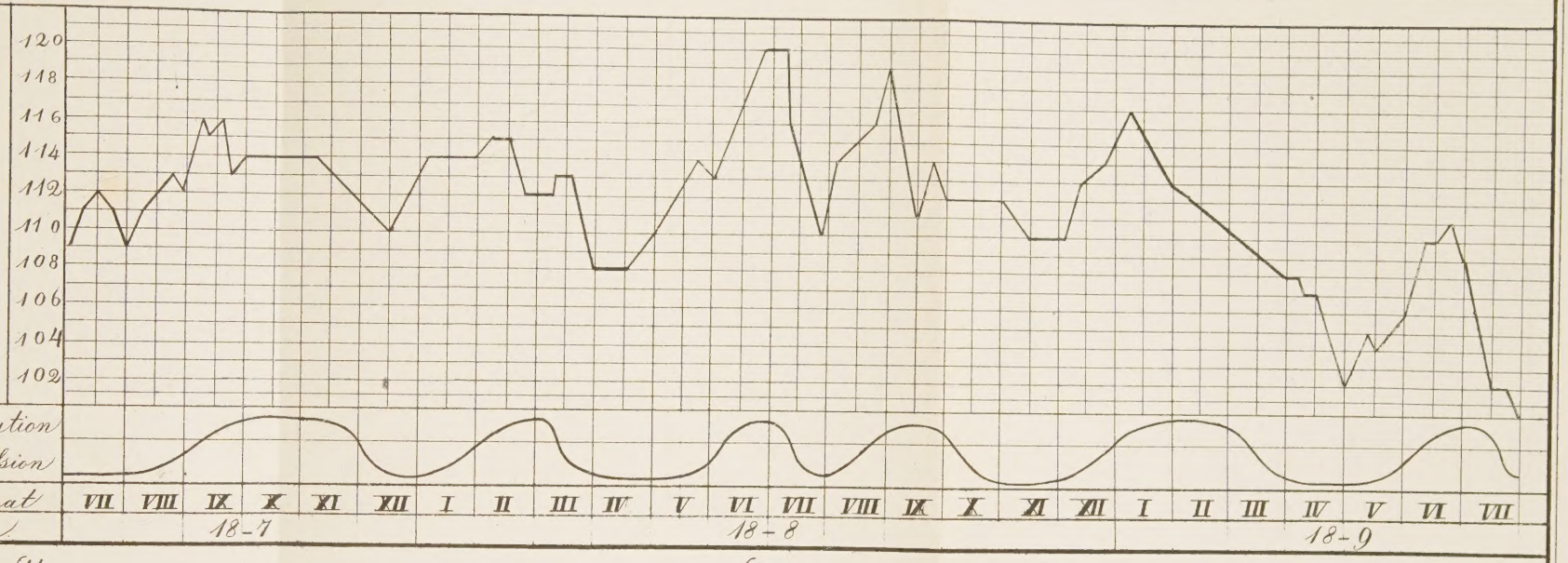
Bernhard Stiff, katholischer Confession, wurde am 26. Oktober 1846 in der Stadt Luxenburg geboren. Meine Eltern Johann Peter Stiff und Maria Anna geb. Wagner sind zu meiner Freude und Glücke noch am Leben. Nachdem ich die Primärschulen in Luxenburg besucht, trat ich Herbst 1856 in das Gymnasium zu Saarbrücken ein. Herbst 1866 mit dem Maturitätszeugniss entlassen, bezog ich die Universität Bonn, wo ich den Unterricht der Professoren M. J. Weber, Max Schultze, Pflüger, de la Valette, Plücker, Landolt, Hanstein, Schaaffhausen, Greef, Preyer genoss und am 21. Juli 1868 das tentamen physicum bestand. Von da an frequentirte ich während 3 Semester die Universität Wien, wo ich die Collegien und Kliniken der folgenden Professoren besuchte: Skoda, Oppolzer, Billroth, Braun, Stricker, Sigmund, Widerhofer, Auspitz, Politzer, Cessner. In den Osterferien hatte ich auch einen geburtshilflichen Cursus in Prag bei Professor Seyfert besucht. Ostern 1870 bezog ich die Universität Marburg, wo ich den Unterricht der Professoren Beneke, Dohrn, Mannkopf, Roser genoss, und nach bestandenem Examen rigorosum am 21. Juli 1870 den Doktorgrad erlangte. Die in Anbetracht der kriegerischen Ereignisse mir vorderhand erlassene Inauguraldissertation liefere ich hiermit nach. Ich hatte mich sofort dem badischen Generalarzt zur Verfügung gestellt, konnte aber keine Verwendung finden. Die abschlägige Antwort traf mich in Saarbrücken, wohin ich mich begeben, als bereits die ersten Kämpfe begonnen hatten. Doch bot sich mir dabei, sowie in dem von der Burbacher Eisenhütte errichteten Privatlazareth für verwundete Krieger ein befriedigendes Feld meiner Thätigkeit. Als das Lazareth aufgelöst wurde, trat ich als Assistent in die Anstalt für Gemüths- und Nervenkranke des Sanitätsraths Dr. Erlenmeyer in Bendorf bei Coblenz ein, wo ich $10^1/_2$ Monat verblieb und dann die Universität Würzburg bezog mit dem Wintersemester 1871. Daselbst hörte ich die Professoren Scanzoni und Helfreich, kehrte aber nach 2 Monaten schon nach Marburg zurück, wo ich noch den Unterricht der Professoren Schmidt und Langhans genoss.

Allen meinen hochverehrten Lehrern sage ich hiermit meinen tiefgefühlten Dank.

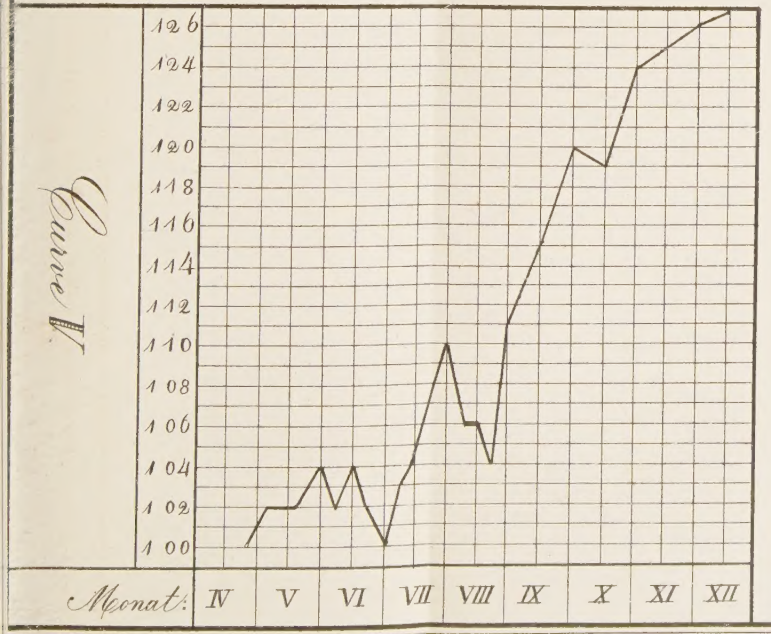
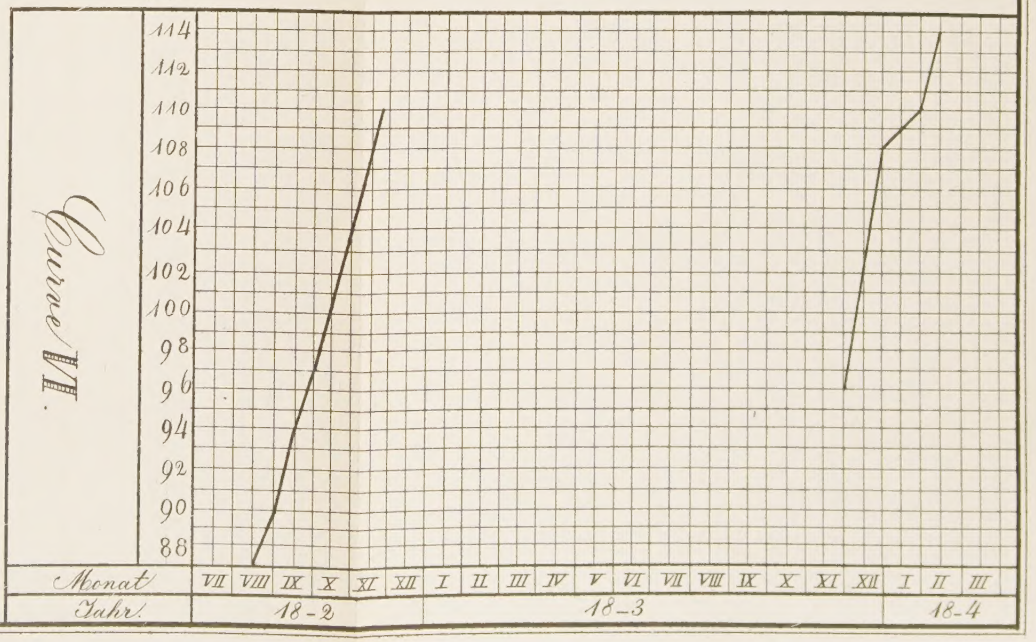


Curve I.
Curve II.
Curve III.
Monate:
Jahre:
18-7
18-8
18-9
18-0
18-1
Wochen:
Monate
Januar
Februar
März
April
Mai
Juni
Juli
Aug
18-2
18-3
18-4
18-5
18-6
18-7
18-8
18-9

Curve IV.



Curve V.



Curve VI.